



REŠPEKTOVANIE DÔSTOJNÉHO PRÍSTUPU K PACIENTOVI V AGENTÚRACH DOMÁCEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

RESPECTING OF DIGNIFIED APPROACH TO THE PATIENT IN HOME CARE AGENCIES

Mária Tabaková

*Ústav ošetrovatelstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave
Department of Nursing, Jessenius Medical Faculty in Martin, Comenius University in Bratislava*

Abstrakt

Cieľ: Autor sa v príspevku zaoberá problematikou rešpektovania dôstojného prístupu k pacientovi u sestier v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS). Dôstojný prístup k pacientovi je integrujúcim činiteľom morálneho postoja zdravotníckych profesionálov a významne rezonuje v medzinárodných i národných dokumentoch zakotvujúcich etické princípy. Cieľom práce bolo zhodnotiť pôsobenie niektorých faktorov ovplyvňujúcich dôstojný prístup k pacientovi a zaznamenať štatisticky významné rozdiely v jeho rešpektovaní z hľadiska demografických údajov. **Metódy:** Na meranie rešpektovania dôstojného prístupu sestier k pacientovi bol použitý dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý obsahoval 26 položiek rozdelených do 5 subškál zameraných na informovanosť pacienta, jeho autonómiu, na možnosť prejavovať slobodnú vôľu, na dodržiavanie dôvernosti, princípu spravodlivosti a intimity pacientov. Výskumu sa zúčastnilo 182 sestier pracujúcich v ADOS. **Výsledky:** Na základe analýzy získaných údajov môžeme konštatovať, že nejde o výrazne zníženú mieru dôstojného prístupu sestier k pacientovi. Najvyššia miera jeho rešpektovania bola vyjadrená v subškále zameranej na informovanosť pacientov, najnižšia miera v subškále, v ktorej sme zisťovali dodržiavanie dôvernosti a ochrany informácií. Medzi demografickými údajmi sestier a dôstojným prístupom k pacientovi sme zaznamenali nízke korelácie. **Záver:** Poznaním týchto faktorov môžeme realizovať zmeny v ADOS, ktoré môžu kladne prispievať ku kvalite poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová: sestra, dôstojný prístup, domáca ošetrovateľská starostlivosť.

Abstract

Aim: Author of this paper deals with the problematics of dignified approach of the nurses to the patient in home care agencies. Dignified approach to the patient is an integrated factor of the moral attitudes of health professionals and significantly resonates in the international and national documents which enshrine ethical principles. The aim of the work was to evaluate the effect of some factors affecting the dignified approach to the patient and to record statistically significant differences in its respect in terms of demographic data. **Methods:** For the measurement of respecting of dignified approach by nurses to the patient was used custom designed questionnaire, which included 26 items divided into 5 subscales focusing on the information of patient, on patient's autonomy, on the possibility to show freedom of will, on respecting the confidentiality, on the principle of justice and on the intimacy of the patients. The research was attended by 182 nurses working at home care agencies. **Results:** Based on the collected analysis data we can conclude that there is not a significantly reduced scale of dignified approach by nurses to the patient. The highest rate of its respect was expressed in the subscale focused on patient information, lowest rate in the subscale, in which we detect the observance and protection of confidentiality of information. Between the nurses' demographic data and dignified approach to the patient, we recorded a low correlation. **Conclusion:** By identifying these factors we can realize changes in home care agencies, which can positively contribute to the quality of nursing care provided.

Key words: nurse, dignified approach, nursing home care.

Úvod

Domáca ošetrovateľská starostlivosť, ktorá je realizovaná sestrou alebo pôrodnou asistentkou prostredníctvom ADOS, sa poskytuje pacientom

všetkých vekových skupín so stabilizovaným stavom v ich prirodzenom sociálnom prostredí. Považuje sa za najoptimálnejšiu formu poskytovania zdravotnej starostlivosti a má pre prijímateľa množstvo výhod. S jej rozvojom súvisia aj nové dimenzie etických otázok, ktoré vyplývajú z procesualnej i vzťahovej stránky poskytovania starostlivosti, ale zahŕňujú aj

korespondence: tabakova@jfmed.uniba.sk

etické problémy vznikajúce v sociálnom mikroprostredí rodiny. V našom príspevku chceme poukázať na problém rešpektovania dôstojného prístupu k pacientovi, ktorý je integrujúcim činiteľom morálneho postoja zdravotníckych profesionálov a je významnou súčasťou dokumentov zaoberajúcich sa etickými aspektmi pri liečení a ošetrovaní. Charta práv pacienta v Slovenskej republike (2001) uvádza: „Jednotlivé práva pacientov v zdravotnej starostlivosti sa zakladajú na práve človeka na ľudskú dôstojnosť...“. V Etickom kódexe zdravotníckeho pracovníka (2004) je definované: „Stavovskou povinnosťou zdravotníckeho pracovníka je profesionálna starostlivosť o zdravie... s rešpektovaním dôstojnosti ľudského jedinca“. Zákon č. 576/2004 Z. z. NR SR (Národnej rady Slovenskej republiky) charakterizuje: „Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti má každý právo ... na ochranu dôstojnosti, rešpektovanie svojej telesnej integrity a psychickej integrity“. V ICN (International Council of Nurses) Etickom kódexe pre sestry (*The ICN Code of Ethics for Nurses*, 2006) je opísané: „Neodmysliteľnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti je rešpektovanie ľudských práv, ako je právo na život, na dôstojnosť a právo na zaobchádzanie s úctou“.

Dôstojnosť možno chápať ako pojem morálneho vedomia, ktorý vyjadruje predstavy o hodnote ľudského jednotlivca ako bytosti rovnocennej (rovnaká hodnotová a významová úroveň s inými), rovnoprávnej (rovnaké práva i povinnosti), slobodnej (spôsobilosť voliť alternatívy a rozhodovať sa) a autonómnej (možnosť rozhodovať o sebe). (Nemčeková, Žiaková, Mištuna, 2004, s. 36) Philp (2006, s. 4) v dokumente *A New Ambition for Old Age* definuje, že dôstojnosť je založená na morálnych požiadavkách rešpektovania celej ľudskej bytosti bez ohľadu na stav, v ktorom sa nachádza. Je jednoduchšie ju definovať, keď absentuje (Magee et al., 2008, s. 49).

Gallagher et al. (2008, s. 9) analyzoval štúdie zaoberajúce sa dôstojnosťou a dospel k názoru, že obavy z porušenej dôstojnosti u pacientov vychádzajú z nasledujúcich faktorov:

- z prostredia – vo väčšej miere ide o fyzické prostredie, zahŕňa napr. otázky súkromia, diskretnosti, porušenie intímnej zóny, nedostatočný prístup k sociálnym zariadeniam, zmiešané oddelenia (muži aj ženy), monotónnosť;
- z prístupu zdravotníckych pracovníkov a ich správania – ide napr. o nedostatok rešpektu, neznášanlivosť, netrpelivosť, povýšeneckosť, o infantilný spôsob komunikácie (napr. používanie zdrobnenín), o nerešpektovanie individuality pacienta;
- z kultúry starostlivosti – ide o faktor, ktorý je často označovaný ako „*filozofia oddelenia*“; v mnohých prípadoch bola pacientom zamietnutá možnosť participovať na starostlivosti, realizovať autonómiu, vyjadriť súhlas s poskytovanou starostlivosťou; nebola dodržaná dôvernosc informácií;
- zo špecifických aktivít pri starostlivosti – ide o aktivity, ktoré podporujú alebo naopak porušujú dôstojnosť pacientov, napr. aktuálne procedúry a aktivity (kúpanie, toaleta, jedenie, obliekanie...).

Cieľ práce

Cieľom práce bolo zhodnotiť pôsobenie niektorých faktorov ovplyvňujúcich rešpektovanie dôstojného prístupu k pacientovi u sestier pracujúcich v ADOS. Zamerali sme sa aj na rozdiely v rešpektovaní dôstojného prístupu k pacientovi u sestier z hľadiska demografických údajov (vek sestier, dĺžka praxe v ADOS, pracovné zaradenie, vzdelanie).

Súbor

Vzorku respondentov tvorilo 182 sestier pracujúcich v ADOS. Aj napriek tomu, že oslovené boli všetky agentúry, ktorých adresy sú uvedené na stránke MZ SR (*Agentúry domácej...*, 2006), do výskumu sa zapojilo 45 % ADOS. Medzi zaraďujúce kritéria patrili: práca v ADOS, podpísaný informovaný súhlas s účasťou na výskume a ochota spolupracovať. Priemerný vek respondentov bol $42,07 \pm 9,65$ a priemerný počet rokov odpracovaných v ADOS $5,49 \pm 3,75$. Ďalej je vzorka charakterizovaná podľa pracovného zaradenia sestier (odborní zástupcovia¹, sestry), vzdelania a podľa lokalizácie ADOS (tab. 1).

Metodika

Rešpektovanie dôstojného prístupu k pacientovi sme zisťovali dotazníkom vlastnej konštrukcie. Jeho reliabilita bola zisťovaná najpoužívanejšou metódou na hodnotenie spoľahlivosti škál. Ide o Cronbachov alfa koeficient, ktorý dosiahol hodnotu 0,78. Predstavuje dostatočnú vnútornú konzistenciu škály.

Dotazník obsahoval 26 položiek rozdelených do 5 subškál (informovanosť pacienta; autonómia pacienta, možnosť prejavovať slobodnú vôľu; dôvernosc a ochrana informácií; dodržiavanie princípu spravodlivosti; intimita pacientov). Respondenti odpovedali na 5 – stupňovej Likertovej škále (1 – silný súhlas, 2 – súhlas, 3 – ani súhlas ani nesúhlas, 4 – nesúhlas, 5 – silný nesúhlas), pričom

vyššie skóre poukazovalo na vyššiu mieru rešpektovania dôstojného prístupu k pacientovi.

Tab. 1 Charakteristika respondentov

	N	%
Pracovné zaradenie		
odborný zástupca	74	41
sestra	108	59
spolu	182	100
Vzdelanie		
stredoškolské	58	32
vyššie odborné štúdium	49	27
bakalárske	42	23
magisterské	33	18
spolu	182	100
Samosprávny kraj		
Bratislavský	9	5
Trnavský	16	9
Trenčiansky	22	12
Nitriansky	22	12
Žilinský	31	17
Banskobystrický	25	14
Prešovský	38	21
Košický	19	10
spolu	182	100

Odpovede respondentov sme vyhodnocovali a spracovali pomocou programu Microsoft Excel. Vzhľadom ku skutočnosti, že do výskumu sa zapojilo len 45 % ADOS zo SR, na spracovanie dát boli použité metódy deskriptívnej štatistiky (aritmetický priemer - $\bar{x}$, smerodajná odchýlka - SD, koeficient determinácie - R^2).

Výsledky

V tabuľke č. 2 uvádzame celkový dôstojný prístup k pacientovi a odpovede sestier na jednotlivé položky zoradené vzostupne podľa aritmetického priemeru.

Tab. 2 Usporiadanie jednotlivých subškál a celkového dôstojného prístupu k pacientovi vzostupne podľa aritmetického priemeru

	X	SD
Informovanosť pacientov	3,71	0,55
Intimita pacientov	3,68	0,55
Autonómia pacientov	3,53	0,49
Princíp spravodlivosti	3,51	0,54
Dôvernosť a ochrana informácií	3,50	0,57
Celkový dôstojný prístup k pacientovi	3,58	0,38

X – průměr, SD – směrodatná odchylka

V tabuľke č. 3 uvádzame koeficient determinácie medzi dôstojným prístupom k pacientovi

a demografickými údajmi (počet odpracovaných rokov v ADOS, vek, pracovné zaradenie, vzdelanie).

Tab. 3 Koeficient determinácie (r^2) medzi dôstojným prístupom k pacientovi a demografickými údajmi

Demografické údaje	r^2
Počet odpracovaných rokov v ADOS	0,00
Vek	0,03
Pracovné zaradenie	0,06
Vzdelanie	0,07

Diskusia

Aj napriek tomu, že v našej práci sme zisťovali mieru rešpektovania dôstojného prístupu u sestier pracujúcich v ADOS, v rámci diskusie poukazujeme aj na výskumy, ktoré dodržiavanie dôstojného prístupu identifikovali u pacientov. Vyplývalo to zo skutočnosti, že pri hľadaní zdrojov objasňujúcich dôstojný prístup k pacientovi sme nachádzali prevažne výskumy, v ktorých vzorku tvorili pacienti, pričom našou snahou bolo prispieť k identifikácii a zmapovaniu fenoménov, ktoré sprevádzajú prácu sestier v domácom prostredí. Nedostatok zdrojov vhodných na komparáciu môžeme považovať za obmedzenie práce, ale identifikovaním etických problémov u sestier a zároveň aj u pacientov môžeme získať komplexnejší prehľad o skúmanej problematike.

Na základe hodnoty aritmetického priemeru celkového dôstojného prístupu sestier k pacientovi (tab. 2) môžeme charakterizovať, že nejde o výrazne zníženú mieru dôstojného prístupu k pacientovi. Magee et al. (2008, s. 55) charakterizuje, že s vyššou mierou rešpektovania dôstojného prístupu boli ošetrovaní pacienti, u ktorých boli prítomní príbuzní, či priatelia. Táto skutočnosť mohla ovplyvniť aj výsledky nášho výskumu.

Najvyššiu mieru rešpektovania dôstojného prístupu k pacientovi sme zaznamenali v subškále zameranej na **informovanosť pacientov** (tab. 2). Obsahová stránka položiek vychádzala aj z legislatívnych dokumentov vymedzujúcich podávanie informácií pacientovi. (Zákon č. 576/2004 Z. z., § 6; Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., § 2; Etický kódex zdravotníckeho pracovníka, 2004; Charta práv pacienta v Slovenskej republike, 2001) Jednotlivými položkami sme identifikovali, či sestry podávajú informácie (tak, aby im pacient rozumel) o účele a rizikách poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, či si overujú správnosť interpretácie a porozumenia, či pacienti nechávajú priestor na kladenie otázok.

V položkách týkajúcich sa podávania informácií, spätnej väzby a možnosti kladenia otázok sme zaznamenali vyššie položkové skóre. Nižšie priemerné skóre sme zaznamenali v položke zameranej na zrozumiteľnosť podávaných informácií (*Počas komunikácie s pacientom sa snažím poskytnúť čo najviac informácií, aj keď im nerozumiem*, $\bar{X}=2,47$). Najväčšie percento pacientov v domácom prostredí tvoria seniori, u ktorých ide prevažne o polymorbiditu a ochorenia mávajú často chronický priebeh. Mnohokrát u nich môžeme pozorovať narušené zmyslové vnímanie, napr. zrakové, sluchové. Narušená verbálna komunikácia môže súvisieť s vekom, zdravotným, psychickým stavom, medikamentóznou liečbou. V takomto prípade sa zvyšuje náročnosť komunikácie a je potrebné vo väčšej miere využívať komunikačné praktiky a zručnosti. Sestra by mala hovoriť pomaly, zreteľne vyslovovať slová, ak je potrebné informáciu zopakovať. Pozorne počúvanie pacienta si vyžaduje sústrediť pozornosť nielen na verbálny ale aj neverbálny prejav. Reagovať by mala jednoduchými a priamymi odpoveďami. V prípade potreby má zopakovať, vysvetliť informáciu alebo podať ju iným spôsobom. (*Clinical Policies...*, 2006) Dôležité je odhadnúť, aké množstvo podnetov je pacient schopný prijať v danom časovom rozpätí. Ak je poučenie jednorazové a formálne vo forme príkazov a zákazov, nie vždy zasiahne pacientov hodnotový systém, a tak neposilní ani jeho motiváciu zmeniť správanie a konanie. (Nemčeková, Žiaková, Mištuna, 2004, s. 127)

Na komunikáciu sestry s pacientom v domácom prostredí pozitívne vplýva skutočnosť, že v porovnaní s ústavnou starostlivosťou sa nevyskytujú niektoré vonkajšie komunikačné bariéry, ako je napríklad cudzie prostredie, zvuky, vizuálne rozptyľovanie. V miestnosti nie sú prítomní ďalší pacienti, prípadne iní zdravotnícki pracovníci.

Etické problémy v domácom prostredí môžu vyplývať najmä zo zanedbania alebo formálneho vykonania povinnosti informovať pacienta alebo jeho zákonného zástupcu z nedostatku času či trpezlivosti, z nátlaku na pacienta, ktorému nie sú vysvetlené všetky alternatívy, prípadne riziká, z ekonomických dôvodov, keď nie je informovaný o drahších výkonoch, ktoré by poisťovňa nepreplatila, alebo keď sestra musí odolávať tlaku príbuzných a nie je rešpektovaná vôľa prijímateľa starostlivosti. Každý kompetentný prijímateľ starostlivosti má plnú zodpovednosť za svoj život a mal by mať dostatok informácií a časového priestoru, aby mohol o sebe rozhodovať či spolurozhodovať a spolupracovať, napríklad pri vypracovaní a realizácii plánu

ošetrovateľskej starostlivosti. Jeho príprava si vyžaduje nielen spoluprácu, ale aj určitý čas. (Nemčeková, Tabaková, 2007, s. 37)

V ďalšej subškále sme sa zameriavali na **intimitu pacientov**, pričom sme zisťovali súhlas / nesúhlas sestier s potrebou zabezpečovania intimity pacienta v domácom prostredí; s odkrývaním len nevyhnutných častí tela pri ošetrovaní; so zisťovaním želania u pacienta, či sa má výkon porušujúci jeho intimitu realizovať bez prítomnosti blízkych osôb. Priemerné skóre v subškále dosiahlo hodnotu 3,68 (tab. 2), na základe ktorej môžeme uviesť, že sestry sa prikláňajú k súhlasu, že aj v domácom prostredí je potrebné zabezpečovať intimitu pacienta. Viacerí autori (Birrell et al., 2006, s. 42; Woogara, 2005, s. 282) sa venujú problematike intimity pacienta v zdravotníckych zariadeniach. V domácom prostredí, v ktorom sa môžeme stretávať s inými aspektmi porušujúcimi intimitu pacienta (napr. prítomnosť bližších alebo vzdialenejších príbuzných), je v porovnaní so zdravotníckymi zariadeniami táto problematika málo rozpracovaná.

V subškále, v ktorej sme sa zamerali na **autonómiu pacienta**, sme identifikovali, či sestry umožňujú pacientom prejavovať slobodnú vôľu. Zisťovali sme, či pacientov informujú o možnostiach voľby navrhovaných postupov, či rešpektujú ich názor na postup ošetrovania (spoluúčasť pacienta na ošetrovateľskej starostlivosti), či komunikujú s pacientom o jeho obavách. Nižšie priemerné skóre ($\bar{X}=2,96$) sme zaznamenali v položke so znením *Nenechám sa ovplyvňovať pacientovými názormi na postup ošetrovania*.

Pri charakterizovaní autonómnej bytosti vychádzame z faktu, že ide o jednotlivca, ktorý má možnosť rozhodovať o sebe a prebrať zodpovednosť za svoj zdravotný stav. Paternalistický model vzťahu, ktorý je dlhodobo uplatňovaný, a v ktorom jednoznačne zdravotník rozhoduje o potrebách a prioritách pacienta (aj keď v jeho záujme), je v rozvinutých demokraciách postupne prekonávaný ako nevyhovujúci, pretože nie je v súlade s uplatňovaním princípu autonómie pacienta. Základnou podmienkou spôsobilosti pacienta rozhodovať o sebe je dostatok informácií a ich porozumenie do tej miery, aby rozhodnutie mohlo nadobudnúť formu informovaného súhlasu alebo jeho informované odmietnutie. (Čáp, Nemčeková, Žiaková, 2004, s. C 1.2/3; Nemčeková, Žiaková, Mištuna, 2004, s. 111) Informovanosť je základným prostriedkom uplatňovania etického princípu autonómie.

Viaceré výskumy analyzujú odpovede pacientov súvisiace s rešpektovaním ich autonómie (Gallagher

et al., 2008, s. 10; Magee et al., 2008, s. 55; Pleschberger, 2007; Andersson, Pettersson, Sidenvall, 2007, s. 1714). Gallagher et al. (2008, s. 10) v prehľadovej štúdií, v ktorej kriticky analyzujú teoretickú a empirickú literatúru zameranú na dôstojnosť pacientov, uvádzajú, že mnohým z nich bola odmietnutá príležitosť zúčastňovať sa na starostlivosti, vyjadrovať svoj názor či poskytnúť súhlas so starostlivosťou. Nejednoznačné odpovede pacientov na participácii starostlivosti charakterizujú Magee et al. (2008, s. 55). Odpovede záviseli od individuálneho psychického a fyzického stavu pacienta.

V ďalšej subškále sme sa zamerali na **princíp spravodlivosti**, ktorý vyjadruje právo každého človeka na dostupnosť kvalitnej zdravotnej starostlivosti poskytovanej bez diskriminácie. Rovnoprávnosť (opak diskriminácie) znamená, že nikto nesmie dostávať viac ako iní z hľadiska výhod. Zákaz diskriminácie je uvedený vo viacerých dokumentoch (*Zákon č. 576/2004, §11; Charta práv pacienta v SR, 2001*) My sme sa zamerali na viaceré skupiny pacientov (napr. alkoholici, Rómovia, hygienicky zanedbaní), pričom pri ich porovnávaní sme najnižšie priemerné skóre zaznamenali v položke zameranej na alkoholovo závislé osoby (ide o položku so znením *Keby som mala možnosť, vyhnem sa poskytovaniu domácej ošetrovateľskej starostlivosti alkoholikom*, $\bar{x}=3,12$). Alkohol má za následok vznik viacerých symptómov, ktoré sú výsledkom poškodenia mozgových buniek alebo dlhotrvajúcich porúch osobnosti. U pacientov sa môžu vyskytnúť napr. poruchy krátkodobej pamäti, degradácia osobnosti, malnutícia, alkoholické psychózy, agresivita, čo môže u sester vyvolávať obavy z návštevy v domácom prostredí. Tiež môžeme charakterizovať, že sestry, ktoré sú zodpovedné za vlastné ošetrovateľské rozhodnutia, výkony, za kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti majú väčší pocit istoty u iných pacientov ako u alkoholikov. (Tabaková, 2009, s. 96)

V subškále zameranej na princíp spravodlivosti sme najnižšie priemerné skóre (ide o najnižšie priemerné položkové skóre aj v rámci celého dotazníka) zaznamenali v položke so znením *Limitovanie rozsahu zdravotnými poisťovňami obmedzuje moju prácu* ($\bar{x}=1,62$). Financovanie ADOS závisí od príslušnej zdravotnej poisťovne. Problémy financovania súvisia predovšetkým s tým, že sa nepreplácajú všetky výkony (medzi vykázanými a uhradenými výkonmi býva rozdiel v neprospech pracovníkov agentúr). Podobne ako vo svojej štúdií definuje Gallagher et al. (2008, s. 7) aj

v podmienkach SR môžeme charakterizovať rozpor medzi tým, čo sestram podmienky umožňujú realizovať a tým čo by chceli a mali poskytovať.

Nižšiu mieru rešpektovania dôstojného prístupu k pacientovi (v porovnaní s ostatnými subškálami) sme zaznamenali v subškále zameranej na **dôvernosť a ochranu informácií** (tab. 2). Jednotlivými položkami sme zisťovali, či sestry komunikujú s príbuznými pacienta o jeho potrebách bez jeho súhlasu, či komunikujú o pacientoch so svojimi známymi a či poskytujú ošetrovateľskú dokumentáciu k nahliadnutiu príbuzným. Najnižšie priemerné skóre sme zaznamenali v položkách: *O potrebách pacienta komunikujem s príbuznými aj bez pacientovho súhlasu* ($\bar{x}=2,81$), *Ak si príbuzní pacienta želajú nahliadnuť do ošetrovateľskej dokumentácie, poskytnem im ju* ($\bar{x}=2,68$). Nízke priemerné položkové skóre nám poukazuje na skutočnosť, že sestry s príbuznými komunikujú o pacientových potrebách a ak žiadajú, sprístupňujú im aj dokumentáciu. V domácej starostlivosti môže byť sestra vystavená väčšiemu tlaku príbuzných ako v ústavnej zdravotnej starostlivosti. Navyše pacient, ak nie je dostatočne sebestačný, je izolovaný od kontaktov, nemôže sa brániť, či sťažovať na porušenie dôvernosti. Ak sestra poskytuje dôverné informácie o pacientovi či už príbuzným alebo známym, nerešpektuje zákonné normy, podľa ktorých má zachovávať mlčanlivosť o všetkých údajoch týkajúcich sa zdravotného stavu pacienta a o skutočnostiach súvisiacich s jeho zdravotným stavom (ak v prípadoch ustanovených osobitným predpisom nie je zdravotnícky pracovník zbavený tejto mlčanlivosti). (*Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti...*)

Výsledky výskumu (tab. 3) poukazujú na nízke korelácie medzi dôstojným prístupom k pacientovi a demografickými údajmi (počet odpracovaných rokov v ADOS, vek, pracovné zaradenie, vzdelanie). Vyšší spoločný rozptyl (6 % a 7 %) sme zaznamenali v súvislosti s pracovným zaradením a vzdelaním sester, na základe ktorého môžeme uviesť, že odborné zástupkyne majú miernu tendenciu mať vyššiu mieru rešpektovania dôstojného prístupu k pacientovi ako ostatné sestry a sestry s vyšším vzdelaním (Bc., Mgr.) majú miernu tendenciu mať vyššiu mieru rešpektovania dôstojného prístupu ako sestry s nižším vzdelaním (SZŠ, VOŠ).

Záver

Riešenie dôstojného prístupu v práci sestry, prostredníctvom ktorého môže byť pozitívne ovplyvnené prežívanie a konanie chorých

a príbuzných, si vyžaduje osobitnú pozornosť. Ide o osobné kvality sestry, jej dobrú profesijnú vybavenosť, ale aj podmienky (časové, organizačné, ekonomické). Domáce prostredie môže byť nielen výhodou pre svoju intimitu, ale aj rizikom izolácie a väčšej bezmocnosti pacienta.

Magee et al. (2008, s. 49) charakterizuje, že nie všetky aspekty dôstojného prístupu sa dajú merať. My sme sa zamerali na problémy, ktoré najviac rezonujú vo významných medzinárodných i národných dokumentoch. Najnižšiu mieru rešpektovania dôstojného prístupu k pacientovi sme zaznamenali v subškále zameranej na dodržiavanie dôvery a ochrany informácií a najvyššiu mieru v subškále, v ktorej sme zisťovali, akým spôsobom sestry informujú pacientov. Na základe poznania týchto subškál môžeme podporovať zmeny v ADOS, ktoré budú prispievať aj ku zvýšenej kvalite poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Demografické údaje sester (dĺžka praxe v ADOS, vek sester, ich pracovné zaradenie, vzdelanie) predstavujú vo vzťahu k dôstojnému prístupu k pacientovi nízke korelácie, t. z. že ide o premenné, ktoré sú reálne nezávislé.

Bibliografické odkazy

Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. 2006. *Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky* [online]. 2006. [cit. 2008-01-09] Dostupné z WWW: <http://www.health.gov.sk/redsystsi.nsf/0/E33E91C524F201C3C125720500346F70?OpenDocument>.

ANDERSSON, I., PETTERSSON, E., SIDENVALL, B. 2007. Daily life after moving into a care home: experiences from older people, relatives and contact person. *Journal of Clinical Nursing*. 2007, vol. 16, no. 9, p. 1712-1718. ISSN 1365-2702.

BIRREL, J. et al. 2006. Promoting privacy and dignity for older patients in hospital. In *Nursing standard*, 2006, vol. 20, no. 18, p. 41-46. ISSN 0029-6570.

Clinical Policies & Quality Manager, 2006. *Patient / Client Privacy and Dignity Policy*. [online] 18 October 2006, p. 15 [cit. 2008-10-10]. Dostupné z WWW: <http://www.newforestpct.nhs.uk/foi/2005clinical/privacyanddignity.pdf>.

ČÁP, J., NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. 2004. *Stratégie informovania pacienta. Tvorba cien v súkromnej ambulancii: Praktické návody na stanovenie cien a komunikáciu s pacientom*. Bratislava: Dr. Josef Raabe, 2004. S. C1.2/1 – C1.2/8.

Etický kódex zdravotníckeho pracovníka, príloha č. 4. 2004.

GALLAGHER, A. et al. 2008. Dignity in the care of older people – a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nursing* [online]. 11 July 2008, vol. 7, p. 1-16. [cit. 2008-12-15]. Dostupné z WWW: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2483981>.

Charta práv pacienta v Slovenskej republike. 2001. [online], [cit. 2005-04-20]. Dostupné z WWW: http://www.pravapacientov.sk/charta_prav_pacienta.doc.

MAGEE, H. et al. 2008. *Measuring Dignity in Care for Older People. A research report for Help the Aged*. [online] 2008, p. 92. [cit. 2009-01-12]. Dostupné z WWW: <http://policy.helptheaged.org.uk/NR/rdonlyres/4EEDFA38-D850-4C53-81DE-C0D2664B50FE/0/MeasuringDignityinCareID8041.pdf>.

Slovensko. Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 296 zo dňa 9. júna 2010 o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činnosti. In *Zbierka zákonov Slovenskej republiky*. 2010, čiastka 112, s. 2362-2411. Dostupné tiež z WWW: <http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=209773&FileName=zz2010-00296-0209773&Rocnik=2010>.

NEMČEKOVÁ, M., TABAKOVÁ, M. 2007. Etická reflexia problémov domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike. *Kontakt*. 2007, roč. 9, č. 1, s. 32-41. ISSN 1212-4117.

NEMČEKOVÁ M., ŽIAKOVÁ, K., MIŠTUNA, D. 2004. *Práva pacientov: medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2004. 198 s. ISBN 80-8863-162-X.

PHILP, I. 2006. *A new ambition for old age: Next steps in implementing the National Service Framework for Older People*. [online]. 20 April 2006, 24 p. [cit. 2008-08-09]. Dostupné z WWW: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publication/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4133941.

PLESCHBERGER, S. 2007. Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age and Ageing*. 2007, vol. 36, no. 2, p. 197-202. ISSN 1468-2834.

TABAKOVÁ, M. 2009. *Etické aspekty práce v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Záverečná práca*. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave, 2009. 117 s.

The ICN Code of Ethics for Nurses. 2006. Geneva : ICN, 2006, 12 p. ISBN 92-95040-41-4.

Slovensko. Vyhláška MZ SR č. 364 zo dňa 2. júna 2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom. In *Zbierka zákonov Slovenskej republiky*. 2004, čiastka 155, s. 3734-3739. Dostupné tiež z WWW: <http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=18814&FileName=05-z364&Rocnik=2005>.

WOOGARA, J. 2005. Patients' privacy of the person and human rights. *Nursing Ethics*. 2005, vol. 12, no. 3, p. 273-287. ISSN 1477-0989.

Slovensko. Zákon č. 576 zo dňa 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. In *Zbierka zákonov Slovenskej republiky*. 2004, čiastka 243, s. 5138-5424. Dostupné tiež z WWW: <http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=18224&FileName=04-z576&Rocnik=2004>.

Poznámky:

¹ Odborný zástupca ADOS zodpovedá za kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Na výkon jeho činnosti sa vyžaduje odborná spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností, na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v komunite a najmenej päťročná odborná prax. (Nariadenie vlády SR č. 296/2010 Z. z.)